



ADA Paratransit Solicitud de Elegibilidad

Round Rock Paratransit Service es para personas con una discapacidad que les impide viajar independientemente en el servicio de ruta fija todo el tiempo o parte del tiempo. La ley de Americanos con Discapacidades (ADA) describe criterios específicos para determinar la elegibilidad para servicios de paratransito; Por lo tanto, se requiere una solicitud y una revisión de elegibilidad en persona para determinar la elegibilidad individual de un solicitante.

Si necesita algún tipo de formato alternativo de esta solicitud o tiene alguna pregunta por favor póngase en contacto al (512) 218-7074.

Para solicitar este servicio, usted y su doctor deben completar esta solicitud. Puede incluirse otra documentación con su solicitud. La información que usted proporciona puede ser compartida con otros proveedores de tránsito para facilitar su viaje en otras áreas.

Por favor, lea y siga estas instrucciones.

- 1
 - Completa la Parte A: Información y liberación del solicitante (**Applicant Information & Release**)
 - Su profesional de la salud completa la Parte B: Verificación del proveedor de atención médica (**Healthcare Provider Verification**). El solicitante NO PUEDE completar esta sección. Un profesional de la salud autorizado para completar la Parte B: Verificación de proveedores de atención médica incluyen, médicos, médicos osteópatas, médicos de quiropráctica, enfermeras registradas, asistentes médicos, enfermeras practicantes, especialista en enfermería certificada, anestesiólogos certificados, trabajador social clínico y Físicos, del habla, profesionales y de masajes.
 - ***Es muy importante, para usted y su proveedor de atención médica, contestar a fondo cada pregunta en la aplicación.***

- 2
 - Una vez que TODOS los trámites estén completos, usted puede:
 - Envíe o entregue en persona a : City of Round Rock, ATT: Transit Coordinator, 2008 Enterprise Drive, Round Rock, Texas 78664
 - Correo electrónico: ejohnson@roundrocktexas.gov

- 3
 - Toda la información recibida en esta solicitud se mantendrá **CONFIDENCIAL**

- 4
 - Usted recibirá su determinación de elegibilidad dentro de los 21 días de calendario a partir de la fecha en que se complete TODO lo siguiente:
 - Solicitud completa original y verificación recibida
 - Entrevista en persona
 - Cualquier información adicional solicitada es recibida por el personal
 - Cualquier solicitante que haya completado los pasos anteriores, pero no haya recibido una carta de determinación de elegibilidad, dentro de los 21 días, tendrá derecho al uso ilimitado del servicio de paratransito hasta que se le notifique su determinación de elegibilidad.



ADA Paratransit Solicitud de Elegibilidad

PARTE A: INFORMACION Y LIBERACION DEL SOLICITANTE (escriba en letra de imprenta)

Paso 1: Información general

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección _____ Apt # _____ Código de puerta _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____

Correo electrónico _____

Número de teléfono primario _____ Casa Celular Trabajo

Número de teléfono secundario _____ Casa Celular Trabajo

Nombre del contacto de emergencia _____ Relación _____

Teléfono de contacto de emergencia _____ Casa Celular Trabajo

Paso 2: Información sobre Discapacidad

1. Qué discapacidad le han diagnosticado? _____

2. Su discapacidad le impide usar el servicio de autobús de ruta fija? Si No En caso afirmativo, explíquelo por favor:

3. Se considera permanente su incapacidad? Si No Si no, durante cuánto tiempo espera tener esta discapacidad:

4. Su discapacidad cambia de día a día o de forma estacional? Yes No En caso afirmativo, explíquelo por favor:



ADA Paratransit Solicitud de Elegibilidad

Paso 3: Información sobre la movilidad

1. Cual es la parada de autobús mas cercana a su casa? _____

2. Utiliza el servicio de autobús de ruta fija ahora? Si No A veces Si no o a veces, por favor explique:

3. Es usted capaz de viajar a la parada de autobús por ti mismo? Si No A veces Si no o a veces por favor explique:

4. Es usted capaz de abordar el autobús por si mismo, con o sin el uso de la rampa accesible? Si No A veces Si no o a veces por favor explique:

5. Necesita a alguien que lo acompañe cuando viaja fuera del hogar, es decir, asistente de cuidado personal, alguien designado o empleado con las necesidades personales? Si No En caso afirmativo, explíquelo por favor:

6. El clima afecta su capacidad para usar el servicio de autobús de ruta fija? Si No En caso afirmativo, explíquelo por favor:

7. Utiliza alguna de las siguientes ayudas de movilidad o equipo especializado? Si No En caso afirmativo, seleccione todas las que correspondan:

Silla de ruedas, tipo _____ Andador, tipo _____

Scooter Muletas Apoyos Baston

Bastón blanco Animal de servicio Oxigeno Prótesis



ADA Paratransit Solicitud de Elegibilidad

Tablero de comunicación Otro _____

8. Has recibido alguna vez entrenamiento para viajes? Si No En caso afirmativo, quien le dio el entrenamiento

Paso 4: Certificación de la aplicación

Certifico que toda la información contenida en la PARTE A de esta solicitud fue completada por mi o mi representante autorizado y es verdadera y correcta. Acepto notificar a la Ciudad de Round Rock cualquier cambio en mi estado, lo cual puede afectar mi elegibilidad para usar el servicio. Entiendo que tendré que asistir a una revisión de elegibilidad en persona.

He leído y entiendo completamente las condiciones de servicio descritas en el Plan Complementario de Paratransito de la ADA y acepto cumplirlas. También entiendo que el incumplimiento de las pólizas y procedimientos será motivo para revocar mi solicitud y el derecho a participar en el programa.

Estoy de acuerdo en que, si estoy certificado para el Servicio de Paratransito de Round Rock, pagaré la tarifa exacta, si es necesario, para cada viaje.

Entiendo y acepto que la Ciudad de Round Rock sea inofensiva en contra de todas las reclamaciones o responsabilidades por daños a cualquier persona, propiedad o lesiones personales que ocurran como resultado de mi incapacidad para equipar o mantener la seguridad del equipo de adaptación o el animal de servicio que necesito Para la movilidad

Por la presente autorizo la divulgación de información de verificación y cualquier información adicional a la Ciudad de Round Rock con el propósito de evaluar mi elegibilidad para participar en el Programa.

Firma

Fecha

Información del Representante Autorizado

Nombre _____

Teléfono _____

Relación con el solicitante _____

Firma

Fecha



Esto concluye la porción de la solicitud del Solicitante.

Las siguientes paginas DEBEN ser completadas por un profesional calificado de la salud.

NO SEPARE – Todas las partes de esta solicitud deben mantenerse juntas y presentarse juntas.



ADA Paratransit Solicitud de Elegibilidad

Step 1: Purpose of this Verification

Dear Provider:

Your patient/client has requested eligibility for Round Rock Paratransit Service. To qualify for Round Rock Paratransit Service, the applicant's disability must prevent them from travelling independently on Round Rock Transit's fixed route service, either all of the time or some of the time. Disability alone and distance to and from a bus stop do not, by themselves, qualify a person for paratransit service. For the benefit of the applicant, please answer all applicable questions as fully and accurately as possible. All information will be kept strictly confidential, according to law.

If you have any questions about the verification please contact the Transit Coordinator at (512) 218-7074.

Step 2: Applicant Information

Applicant Name _____ Date Last Seen _____

1. Please describe the medical diagnosis, physical or cognitive disability _____

2. Please describe how the disability impacts the applicants use of fixed route service _____

3. Is the disability permanent? Yes No If no, what is the expected duration? _____

4. Is a personal care attendant required? Yes No

5. Does weather affect the applicant's ability to travel? Yes No If yes, please explain:

6. Does the applicant have the ability to:



ADA Paratransit Solicitud de Elegibilidad

- Give addresses and phone numbers? Yes No
- Recognize a destination or landmark? Yes No
- Deal with an unexpected change in routine? Yes No
- Ask for, understand and follow directions? Yes No

Step 3: Certification

Last Name _____ First Name _____ MI _____

Phone Number _____ Fax Number _____

Title _____ License/Certification ID # _____

Agency Affiliation _____

Street Address _____

City/State/Zip _____

I certify the information contained in **Part B** is true and correct to the best of my knowledge. I hereby verify the diagnosis of disability listed has been reviewed by me, is accurate and true, and represents the current condition of the applicant named in this application.

Signature

Date